

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL**

**THAIS ALVES DE SOUSA**

***Perspectivas de Atuação do Terapeuta Ocupacional na Linha de Cuidado  
Atenção a Saúde do Recém Nascido***

**João Pessoa- PB  
2015**

THAIS ALVES DE SOUSA

*Perspectivas de Atuação do Terapeuta Ocupacional na Linha de Cuidado Atenção a Saúde do Recém Nascido*

Monografia apresentada ao curso de Bacharelado em Terapia Ocupacional, do Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), em cumprimento às exigências da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II (TCC II) e como requisito para obtenção de diploma de graduação.

Orientadora: Professora Dra. Ângela Cristina Dornelas da Silva

João Pessoa - PB

2015

S725pSousa, Thais Alves de.

Perspectivas de Atuação do Terapeuta Ocupacional na Linha de Cuidado Atenção a Saúde do Recém Nascido/Thais Alves de Sousa. - - João Pessoa: [s.n.], 2015. 47f. : il. –

Orientadora: Ângela Cristina Dornelas da Silva.  
Monografia (Graduação) – UFPB/CCS.

1. Assistência Perinatal.2. Terapia Ocupacional.3. Desenvolvimento infantil.

BS/CCS/UFPB CDU: 618.6(043.2)

THAIS ALVES DE SOUSA

*Perspectivas de Atuação do Terapeuta Ocupacional na Linha de Cuidado  
Atenção a Saúde do Recém Nascido*


Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

Aprovada em 11 de Fevereiro de 2015

BANCA EXAMINADORA

  
Prof. Dr. Ângela Cristina Dornelas da Silva  
Orientadora- UFPB

  
Prof. Ms. Ana Carollyne Dantas de Lima  
Examinadora- UFPB

  
Enf. Esp. Maria da Guia Aciole de Oliveira Lima  
Examinadora

## *DEDICATORIA*

Dedico este trabalho à minha querida família, em especial os meus pais Maria das Graças e Carlos José que ao longo desses anos apoiou-me e entendeu a minha ausência, e a meus amigos por estarem sempre ao meu lado, contribuindo para o meu crescimento pessoal.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades, seu fôlego de vida em mim me foi sustento e me deu coragem para questionar realidades e propor sempre um novo mundo de possibilidades.

A minha família, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

A minha orientadora Professora Ângela Cristina Dornelas da Silva, por toda a sua dedicação e atenção, pelo o seu imenso suporte no tempo que lhe coube, pelos os seus incentivos, ensinamentos, paciência, motivações e correções durante este processo.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte elevado, constituída pela aperfeiçoada confiança no mérito e ética aqui presentes.

A todos (as) colegas que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

Aos meus amigos (as), pelas alegrias, tristezas e dores compartilhadas. Com eles, as pausas entre um parágrafo e outro de produção melhorou tudo o que tenho produzido na vida.

Ao Projeto PET (Programa de educação e trabalho) – Rede Cegonha e aos petianos, que convivi nos espaços de campo ao longo de um ano. A experiência de uma produção compartilhada na comunhão com estagiários e preceptores, as vivências foram a melhor experiência na minha formação acadêmica.

*"... Sinto-me nascido a cada momento  
para a eterna novidade do mundo..."*

*Fernando Pessoa*

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRATO	Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais
AOTA	Associação Americana de Terapia Ocupacional
APS	Atenção Básica ou Primária à Saúde
BLH	Banco de Leite Humano
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
DAPES	Departamento das Ações Programáticas Estratégicas
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
GM	Gabinete do Ministro
IFF/FIOCRUZ	Instituto Fernandes Figueira / Fundação Oswaldo Cruz
MC	Método Canguru
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de apoio à Saúde de Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RN	Recém – nascido
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCIN	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal



## SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO.....	11
2-OBJETIVOS.....	13
2.1- Objetivo Geral.....	13
2.2- Objetivos Específicos.....	13
3- METODOLOGIA.....	14
4-CONSIDERAÇÕES SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO.....	16
5-A ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA CRIANÇA E A LINHA DE CUIDADO ATENÇÃO À SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO.....	19
5.1-Princípios Assistenciais da Linha de Cuidado Atenção à Saúde do Recém-Nascido.....	23
5.2-Níveis de Atenção a Saúde e a Linha de Cuidado Atenção à Saúde do Recém-Nascido.....	24
6-A TERAPIA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO A SAÚDE DA GESTANTE E AO RECÉM-NASCIDO.....	27
6.1-Perspectivas de Atuação do Terapeuta Ocupacional na Linha de Cuidado Atenção à Saúde do Recém-Nascido.....	30
7- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS.....	43

## RESUMO

A atenção à saúde do recém-nascido (RN) consiste em ações que devem se iniciar na vida intrauterina, com foco na saúde da gestante, sem descontinuidade após o nascimento até os 28 dias de vida, e compreende procedimentos de promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento. Neste contexto, a Terapia Ocupacional possui estratégias de intervenção que podem contribuir para a saúde do RN. Portanto, o presente estudo tem como objetivo estudar a linha de cuidado da atenção a saúde do recém-nascido e as possíveis contribuições da Terapia Ocupacional na implementação desta linha. Para tanto, foi realizada uma pesquisa bibliográfica a partir de documentos, cartilhas, artigos científicos, livros e manuais sobre a linha de cuidado da atenção a saúde do recém-nascido, e sobre as possibilidades de intervenção dos terapeutas ocupacionais na saúde do recém-nascido e da gestante. A pesquisa mostrou que a linha de cuidado perpassa vários serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção, e engloba tanto a saúde da gestante quanto a do RN. A Terapia Ocupacional pode realizar intervenções nos diferentes níveis de atenção tendo como alvo a gestante, o RN e o binômio mãe-bebê. Os procedimentos mais citados na literatura foram: ações na comunidade com o desenvolvimento de grupos e oficinas para as gestantes e visita domiciliar ao RN e puérpera; em serviços de média e alta complexidade através do acompanhamento do RN de risco, e acompanhamento ao binômio mãe-bebê em casas de gestante. Contudo, observou-se que a atenção da Terapia Ocupacional visa o bem estar da gestante, a formação do vínculo entre mãe e filho, e a promoção do desenvolvimento infantil a partir do trabalho voltado para os determinantes do desenvolvimento global e da estimulação neuropsicomotora.

**Palavras-Chave:** Assistência Perinatal, Terapia Ocupacional, Desenvolvimento infantil.

## **ABSTRACT**

Health care of the newborn (NB) consists of actions that should start during intrauterine life, focusing on the health of pregnant women without interruption after birth to 28 days, and includes health promotion procedures, prevention and treatment of disease. In this context, occupational therapy has intervention strategies that can contribute to the health of the newborn. Therefore, this study aims to study the health-care care line of the newborn and the possible contributions of occupational therapy in the implementation of this line. For this, a literature search from documents was performed, booklets, scientific articles, books and manuals on the attention of the care line newborn health, and about the possibilities of intervention of occupational therapists in the newborn health and pregnant women. Research has shown that care line runs through various health services at different levels of care, and encompasses both the health of the mother and the newborn. Occupational therapy can make interventions at different levels of attention to target pregnant women, newborns and the mother-infant dyad. The procedures most often cited in the literature were: actions in the community with development groups and workshops for pregnant women and home visits to the newborn and postpartum women; in media and high complexity through risk newborns monitoring, and monitoring the mother-infant dyad in pregnant homes. However, it was observed that the attention of the Occupational Therapy seeks the welfare of pregnant women, the formation of the bond between mother and child, and the promotion of child development from the work facing the determinants of global development and neuropsychomotor stimulation.

**Keywords:** Perinatal Care, Occupational Therapy, Child development.

## 1-INTRODUÇÃO

No Brasil, as políticas públicas de saúde orientam-se desde 1988 pela Constituição Federal, isto é, pelos princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e serviços, e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação da comunidade, na organização de um sistema único de saúde no território nacional (LUCCHESE et al., 2004).

Esta mesma constituição também é um marco na história da infância no Brasil, pois a partir dela crianças e adolescentes passaram a ser sujeitos de direitos. Mudaram as relações entre Estado- Sociedade- Criança. Essas mudanças foram regulamentadas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criado em 1990 (BRASIL, 2003).

Nesta perspectiva, o estatuto declara como fundamentais os direitos à vida e à saúde, e considera a criança como pessoa humana ainda dentro do ventre materno. É assegurado atendimento médico à criança e ao adolescente, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantido o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2003).

Para garantia de uma atenção integral a saúde da criança, cujo objetivo é o desenvolvimento infantil pleno, foram surgindo às Políticas Públicas de Saúde para primeira infância com ações desde a vida intrauterina, com foco na saúde da gestante, sem descontinuidade após o nascimento, compreendendo os procedimentos de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação.

A agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil consiste em recomendações para as ações voltadas para criança, ressaltando a importância do cuidado integral e multiprofissional (FROTA et al., 2010).

A agenda tem por finalidade apoiar a organização da assistência à população infantil e possibilitar que os gestores e profissionais de saúde identifiquem as ações prioritárias para a saúde da criança, propondo as diretrizes para a identificação das linhas de cuidados (BRASIL, 2004a; VILAR et al., 2009).

Neste contexto se situa a linha de cuidado da atenção à saúde do recém-nascido, que envolve ações voltadas para a gestante, parto e puerpério, além de cuidados específicos para o recém-nascido.

Compreendendo que a Terapia Ocupacional se preocupa com o desenvolvimento saudável das crianças, sobretudo aquelas em situação de vulnerabilidade, entende-se que o profissional terapeuta ocupacional pode contribuir na implementação e execução desta linha de cuidado, pois, a formação profissional contempla as bases teóricas que abordam o processo do desenvolvimento humano com o intuito de aperfeiçoar a interação criança-ambiente, garantindo a participação social da mesma e seu desenvolvimento pleno.

Nestas perspectivas, o interesse na realização desse estudo surgiu mediante a experiência vivida como aluna do Programa de Educação e Trabalho em Saúde (Pet-Saúde) na proposta da rede cegonha, desenvolvido no Município de João Pessoa. O PET promoveu uma vivência interdisciplinar, principalmente, voltada para o aspecto da promoção da saúde e prevenção de agravos. A partir das vivências na gestão na Secretaria Estadual de Saúde, no setor da atenção básica e na assistência no Hospital Militar Edson Ramalho, no setor da maternidade, surgiu o questionamento de como seria a atuação do profissional terapeuta ocupacional na linha de cuidado da atenção a saúde do recém-nascido.

Portanto, este trabalho pretende despertar reflexões sobre as possibilidades de inserção do terapeuta ocupacional na linha de cuidado da atenção a saúde do recém-nascido, a partir de documentos que norteiam a assistência a saúde e a atuação profissional, além das experiências descritas na literatura sobre o tema.

## **2-OBJETIVOS**

### **2.1- Objetivo Geral**

Estudar a linha de cuidado da atenção a saúde do Recém-Nascido e as possíveis contribuições da Terapia Ocupacional na implementação desta linha de cuidado.

### **2.2- Objetivos Específicos**

- Identificar os princípios assistenciais do recém-nascido na linha de cuidado.
- Investigar os níveis de atenção envolvidos com a linha de cuidado
- Descrever as ações dos terapeutas ocupacionais na linha de cuidado da atenção ao recém-nascido nos diferentes níveis de atenção a saúde.

### 3-METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica sobre a linha de cuidado da atenção a saúde do recém-nascido, proposta pelo Ministério da Saúde do Brasil, e as possibilidades de atuação do terapeuta ocupacional nesta linha.

De acordo com Martins (2009) a pesquisa é um processo de construção do conhecimento que objetiva gerar novo conhecimento, colaborando ou discordando de algum conhecimento pré-existente. Portanto, a pesquisa se constitui em defesa de uma idéia baseada na coleta de informações e interpretação das mesmas, sempre fundamentada em bibliografias.

Dentro destas perspectivas a pesquisa bibliográfica “Implica em um conjunto ordenado de procedimentos de busca por soluções, atento ao objeto de estudo, e que por isso, não pode ser aleatório” (LIMA; MIOTO, 2007, p. 38).

Para Lakatos (2003, p. 183) a pesquisa bibliográfica tem a finalidade de:

colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi escrito [...] sobre determinado assunto. O autor afirma que a pesquisa não é uma mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo assunto, mas propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras.

Segundo Manzo (1971, p. 32 apud LAKATOS, 2003, p. 183) uma bibliografia relevante permite "oferecer meios para definir, resolver, não somente problemas já conhecidos, como também explorar novas áreas onde os problemas não se cristalizaram suficientemente".

Assim, as fontes de informações sobre a linha de cuidado da atenção a saúde do recém-nascido foram: documentos, cartilhas e manuais elaborados pela Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da saúde do Brasil publicados no Portal da Saúde (disponível na rede mundial de computadores); legislação vigente no Brasil sobre a proteção a infância e portarias que abrangessem a saúde da criança; livros e artigos científicos que discutiam a organização do cuidado á saúde no sistema público e/ou a linha de cuidados ao recém-nascido.

Para investigar as possibilidades de intervenção da Terapia Ocupacional as fontes de informações foram: documentos norteadores da profissão disponíveis nas páginas do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO); documentos elaborados pela Associação Americana de Terapia Ocupacional

(AOTA); livros de Terapia Ocupacional; artigos científicos encontrados através dos termos de busca “terapia ocupacional”, “saúde da criança” e “recém-nascido”.

Para organizar os resultados do estudo as informações foram agrupadas de acordo com os níveis de atenção a saúde pelos quais perpassa a linha de cuidado da atenção a saúde do recém-nascido, incluindo nestes agrupamentos as possíveis ações da Terapia Ocupacional.



#### **4- CONSIDERAÇÕES SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO**

A constituição de 1988 é um marco para o Sistema de Saúde Brasileiro atual, pois define o direito à saúde como um direito social de todos os cidadãos brasileiros. De acordo o artigo 196 desta constituição (BRASIL, 1988):

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Em 1990, foi criada a lei 8.080, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

De acordo com a lei 8.080 o SUS consiste no “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”.

Os princípios fundamentais do SUS são: o acesso universal e igualitário, e a integralidade das ações e dos serviços do Sistema (BRASIL, 1990).

Por outro lado, no art. 198 são previstas as diretrizes do SUS desenvolvidas a partir da constituição de 1988, e são elas: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

De acordo com esse olhar, os serviços de saúde devem se organizar em rede, contemplando a determinação constitucional que defende, no art. 198, que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único (BRASIL, 1988).

Para Santos e Andrade (2008) rede de serviços de saúde ou de atenção a saúde é a forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Essa organização das ações e serviços deve apresentar uma interconexão, interação, interligação, em todos os níveis de atenção do sistema de saúde.

Outro autor Mendes (2011, p. 50) afirma que as Redes de Atenção a Saúde (RAS) “são organizadas por pontos de atenção que prestam assistência integral e

contínua a uma população definida, esses pontos se referem à atenção básica, média e de alta complexidade”.

Esses pontos são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular com o cuidado integral, e uma organização na assistência de saúde com referência e contra referência responsável, até a recuperação completa do indivíduo (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2010).

Referem-se aos domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros (BRASIL, 2010).

Outro componente na organização do sistema de saúde é a estratégia da linha de cuidado. A linha de cuidados é considerada por Silva e Júnior (2008, p. 83) como uma estratégia utilizada pela RAS, abrangendo os campos de prevenção, cura e reabilitação, e a mesma é conceituada por Braga (2006 apud SANTOS; ANDRADE, 2008, p. 41) como:

O conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinados riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida ou de outro critério médico-sanitário, a serem ofertados de forma oportuna, articulada, e continua pelo SUS, sendo sua implementação estratégica central para organização e a qualificação da RAS, com vistas à integralidade da atenção.

A linha de cuidados, de acordo com Santos e Andrade (2008), permitem o acompanhamento adequado, racional e humano, em virtude da gravidade da doença, do tempo de tratamento ou do ciclo da vida. Os autores afirmam que essas linhas visam:

Racionalidade e à qualificação de serviços na rede em relação ao paciente, que deve, conforme sua necessidade, percorrer um caminho qualificado e facilitado para ter acesso aos serviços da rede, em razão do diagnóstico e da terapêutica que lhe foi prescrita. (SANTOS; ANDRADE, 2008, p. 42)

A linha de cuidados se estrutura na identificação da população de risco para realizar a programação, identificar os pontos de atenção, identificar as competências

de cada ponto de atenção, identificar o sistema logístico para o cuidado dos usuários, identificar o sistema de apoio para decisão, identificar o sistema de gestão da rede, identificar a população de risco e realizar a programação (MENDES, 2011, p. 53-63).

## **5-A ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA CRIANÇA E A LINHA DE CUIDADO ATENÇÃO À SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO**

Em 1998 surgiu a área técnica de saúde da criança e aleitamento materno, cuja história vinha sendo construída anteriormente, ocorrendo mudanças ao longo desse processo. Nos dias de hoje, está sendo organizada pelo Departamento das Ações Programáticas Estratégicas (DAPES), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2014a).

Esta área técnica tem como objetivos a elaboração de diretrizes políticas e técnicas, realizando ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e de assistência à criança, com a responsabilidade de prover qualidade de vida para que a criança desenvolva todo o seu potencial durante o seu crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2014a).

Sendo assim, a área técnica é responsável por discutir, propor e apoiar a implementação de estratégias nos estados e municípios que reduzam a mortalidades e promovam a saúde integral da criança (BRASIL, 2014a).

A partir desta colocação, as linhas de cuidado prioritárias vêm contribuir e vêm ao encontro dos compromissos do Brasil com os objetivos de desenvolvimento do milênio, no que está relacionado ao Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, com o Pacto pela Saúde e com o programa Mais Saúde (BRASIL, [s/d]).

Logo, a linha de cuidado da “Atenção à Saúde do Recém-Nascido” está de acordo com o compromisso do Brasil com os objetivos do desenvolvimento do milênio, em especial a meta 4 que é a redução da mortalidade infantil, e a meta 5 que tem como objetivo melhorar a saúde das gestantes (PNUD, 2011).

É importante destacar que a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é considerada um bom indicador das condições de vida, pois reflete o estado de saúde da parcela mais vulnerável da população. A TMI traduz a estimativa do risco de um nascido vivo morrer durante o seu primeiro ano de vida em determinada área geográfica e período. Valores altos refletem, em geral, níveis precários de saúde, condições de vida e desenvolvimento socioeconômico (DUARTE, 2007).

A partir destas premissas as ações para redução da mortalidade infantil foram integrando os pactos pela saúde. O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal tem como estratégia principal a melhoria da assistência no pré-

natal, no parto e no puerpério, e a integração da mãe e do recém-nascido à rede de atenção básica (BRASIL, 2004b).

O Pacto pela Vida objetiva a melhora na assistência pré-natal, colocando-a como uma agenda nacional de prioridades que são pactuadas com os conselhos de saúde. Um novo modelo de financiamento é adotado com base no cumprimento das metas estabelecidas e prioritárias, dentre elas a Redução da Mortalidade Infantil e Materna (BRASIL, 2005).

Neste contexto a linha de cuidado “Atenção à Saúde do Recém-Nascido” tem como desafio a alta taxa de mortalidade perinatal e posteriormente apresenta o seu significado e suas iniciativas:

A alta taxa de mortalidade perinatal é um dos desafios para se atingir os objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em particular as regiões mais pobres. A organização de rede integral de assistência à mulher, à gestante e ao recém-nascido é premissa básica para a promoção da saúde e a redução dos agravos e mortes precoces e evitáveis de mulheres e crianças. São iniciativas no âmbito nacional que apóiam a organização da rede de assistência ao recém-nascido: Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal; Atenção humanizada ao recém-nascido de Baixo Peso-Método Canguru; Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano; Capacitação dos profissionais de saúde na atenção ao recém-nascido (BRASIL, [s/d]).

A seguir será descrito detalhadamente o que cada iniciativa no âmbito nacional tem a contribuir na assistência e na atenção humanizada ao recém-nascido:

### **Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal**

A rede de atenção perinatal, enquanto responsável pelos cuidados à unidade mãe-feto e ao recém-nascido, foi definida, pela primeira vez, como área programática nas diretrizes governamentais de atenção à saúde no Brasil. Esta proposta possibilitou a organização da assistência perinatal de forma hierarquizada e regionalizada; a melhoria da qualidade da assistência ao parto; o incremento da qualidade da assistência ao recém-nascido, promovendo o alojamento conjunto e reservando os berçários para os recém-natos de risco; o incentivo ao aleitamento materno; orientações voltadas para o planejamento familiar e a supervisão e avaliação do atendimento, através de um sistema de informação perinatal, a construção de UTIN (Unidades de Terapia Intensiva Neonatal) (BRASIL, 1991).

Com o esboço de ações que buscam contemplar o recém-nascido como sujeito do cuidado, na sua integralidade, considerando a sua individualidade e especificidade, ainda que, de forma incipiente (BRASIL, 1991).

### **Atenção humanizada ao recém- nascido de Baixo Peso-Método Canguru**

O Método Canguru (MC) surgiu a partir do modelo proposto por Edgar Sanabria Rey e Héctor Gomes Martinez da Universidade Nacional de Bogotá na Colômbia em 1979 (BRASIL, 2002).

No Brasil, esta política foi disseminada, a partir de 1999, através de normas e protocolos e de um amplo processo de capacitação coordenado pelo MS, estando apoiada em quatro fundamentos básicos: O acolhimento do bebê e sua família, respeito às singularidades, promoção do contato pele a pele o mais precoce possível e o envolvimento da mãe nos cuidados com o bebê (BRASIL, 2002). Sua regulamentação foi através do pelo Ministério da Saúde Brasileiro, por meio da Portaria nº 693 de 05 de julho de 2000 (BRASIL, 2000).

A norma de atenção humanizada aprovada em 2000 foi atualizada sete anos depois pela Portaria nº 1.683 de 12 de julho de 2007. Nesta portaria apresentou-se:

[...] as três fases do Método Canguru, com as normas e vantagens para a promoção da Saúde do bebê. Além disso, apóia e prevê a capacitação da equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, fonoaudiólogos e nutricionistas) na implantação do método nas unidades de saúde do País, principalmente nas Unidades Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) com atenção à gestante de alto risco. (BRASIL, 2007)

### **Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano**

O primeiro Banco de Leite Humano (BLH) do Brasil foi implantado em outubro de 1943 no Instituto Nacional de Puericultura, atualmente Instituto Fernandes Figueira - IFF da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. A partir de 1985, com o desenvolvimento do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) – criado em 1981 –, os BLHs passaram a assumir um novo papel no cenário da saúde pública (ALMEIDA, 1992). Em 1988 foi publicada a Portaria GM/MS nº 322 sendo a primeira legislação federal, a partir da elaboração de um documento oficial pelo grupo técnico de BLH (ALMEIDA, 1999).

Assim essa rede é considerada como uma importante estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. É uma verdadeira “casa de amamentação”. A sua principal ação é apoiar as mulheres que desejam amamentar seus filhos. Nesse processo, além de conseguir prolongar a amamentação, muitas descobrem ou aprendem a identificar o excesso de leite e se tornam doadoras. O leite humano pasteurizado no Brasil é seguro e atende, prioritariamente, os recém-nascidos prematuros e/ou os que por algum motivo necessitam de internação em unidades neonatais. Essa rede deve ser divulgada na sociedade para ampla utilização pela população e contribuição para aumento dos índices de aleitamento no país (BRASIL, 2004a).

### **Capacitação dos profissionais de saúde na atenção ao recém-nascido**

A capacitação teórico-prática e a supervisão da educação continuada das equipes de saúde da família e de atenção básica são de fundamental importância para a plena inserção de todos os profissionais no cuidado com a criança. Desta forma, o trabalho com a criança e a família pode ser realizado com todo o potencial que a equipe multiprofissional detém (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, equipe de apoio como o pediatra e demais profissionais) (SILVA, 2012 p.19).

A abordagem deve ter como eixo a visão global da criança, enfocando a identificação daquela com maior vulnerabilidade e risco, de forma a orientar a priorização do atendimento para a criança com algum sinal de gravidade, o aconselhamento da mãe/família e a responsabilização pela continuidade da assistência com acompanhamento até a solução dos problemas apresentados (BRASIL, 2004a, p. 42).

Contudo, para contribuir com a linha de cuidado da atenção a saúde do recém-nascido, em março de 2011 foi lançada a proposta da Rede Cegonha que foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde pela Portaria MS/ GM nº 1. 459/ 2011, e tem como significado:

É uma estratégia do Ministério da Saúde de enfrentamento da mortalidade materna, da violência obstétrica e da baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento, desenvolvendo ações para ampliação e qualificação do acesso ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério. (BRASIL, 2011b)

Com a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança, ocorreu o surgimento desta estratégia, que visa:

Organizar uma rede de cuidados que assegure, a partir da noção de integralidade da atenção às mulheres, o direito ao planejamento sexual e reprodutivo e à atenção humanizada ao pré-natal, parto, puerpério e atenção humanizada ao abortamento, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e humanizado e ao acompanhamento até os dois anos de idade assegurando acesso para um crescimento e desenvolvimento saudáveis. (GIOVANNI, 2013, p. 13)

A Rede Cegonha oferece recursos para a ampliação dos exames de pré-natal, de teste rápido de gravidez e de detecção da sífilis e HIV, a ampliação e qualificação de leitos UCI e UTI neonatal, e leitos de gestação de alto risco; garante também o acesso às mães acompanhantes dos bebês internados na UTIN e UCIN, através da casa da gestante, bebê e puérpera que é uma unidade de cuidados destinada ao acolhimento de mães acompanhantes de neonatos que, embora necessitem de atenção em serviços de saúde, não exigem vigilância tão constante em um ambiente hospitalar.

### **5.1-Princípios Assistenciais da Linha de Cuidado Atenção à Saúde do Recém-Nascido**

O Brasil tem firmado compromissos internos e externos para uma atenção mais humanizada e qualificada direcionada à gestante e ao recém-nascido, com o objetivo de reduzir a mortalidade neonatal e materna, contribuir para o desenvolvimento das crianças, e consequentemente para o desenvolvimento da sociedade brasileira.

Dentro desta concepção, a partir dos documentos e demais materiais literários consultados, foram identificados como princípios assistenciais da linha de cuidado atenção à saúde do recém-nascido (BRASIL, 2011a):

- Qualidade, integralidade, resolutividade e continuidade do cuidado, com responsabilização até a resolução completa dos problemas;



- Promoção de vínculo entre o profissional e a gestante do sistema de saúde, estreitando as relações de confiança e de corresponsabilidade, incentivando o autocuidado e o reconhecimento de risco (se caso for constatado);
- Prática de ações de promoção integral da saúde e prevenção de agravos, para além do atendimento apenas às demandas colocadas;
- Integração da rede de saúde e outros setores de assistência e desenvolvimento social para incremento das condições de vida da família;
- O acolhimento de todo RN e gestante com intercorrências e/ou em trabalho de parto devem ter prioridade no atendimento. Devem ser acolhidos, avaliados e assistidos em qualquer ponto de atenção na rede de saúde onde procuram assistência, seja a unidade básica de saúde, o serviço de urgência, a maternidade ou o hospital, de modo a não haver perda de oportunidade de se prover cuidados adequados a cada caso.
- Vigilância à saúde, compreendida como a postura ativa que o serviço deve assumir em situações de maior risco, dirigida a pessoas com maior vulnerabilidade, desencadeando ações estratégicas como a busca ativa, para minimizar os danos com o adequado acompanhamento de saúde.

Observa-se que os princípios assistenciais são consonantes com as idéias sobre os fatores que interferem de modo positivo ou negativo no desenvolvimento infantil. De acordo com Frankenburg et al.(1992) as condições da criança ao nascer, as doenças na infância, a atenção dispensada a criança pelos serviços de saúde e educação e os fatores relacionados as mães, são fatores determinantes do desenvolvimento infantil.

## **5.2-Níveis de Atenção a Saúde e a Linha de Cuidado Atenção à Saúde do Recém-Nascido**

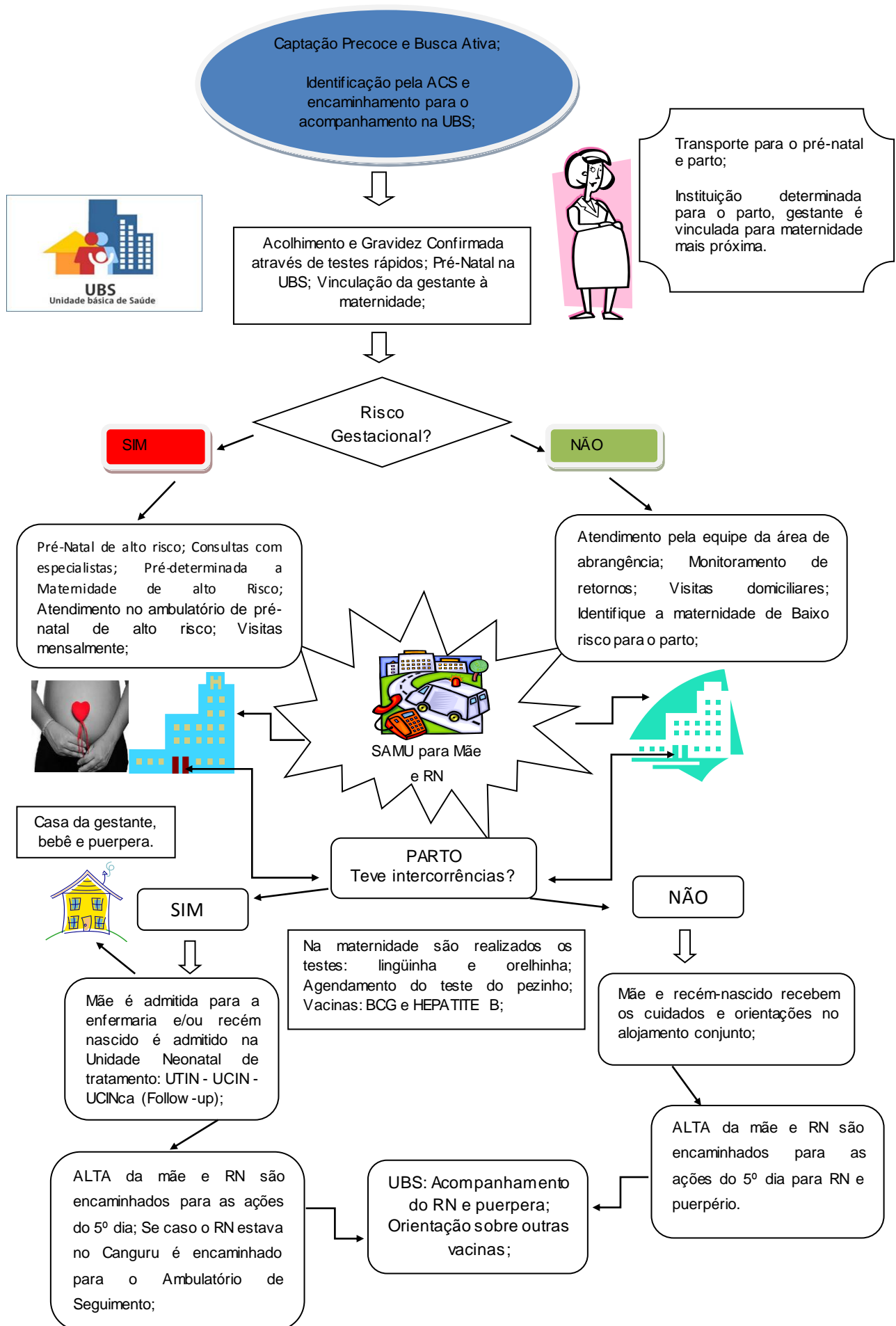
Em relação aos níveis de atenção a saúde envolvidos com a linha de cuidado atenção à saúde do recém-nascido foi constatado que a mesma permeia diversos serviços nos diferentes níveis de atenção.

A atenção se inicia com a qualificação do pré-natal, que deve ocorrer na atenção básica em saúde, com a captação precoce da gestante, e a constatação do risco habitual e nos casos da gestante apresentar risco ela deve ser encaminhada a hospital de referência. A gestante deve ser vinculada, desde seu pré-natal, ao local

em que será realizado o parto e onde receberá a sua assistência e a do recém-nascido, garantindo a oferta de leitos obstétricos e neonatais (UTIN, UCIN e Método Mãe Canguru). Após alta da maternidade, no retorno para a comunidade, a díade mãe-filho deve receber a visita domiciliar e a oferta de ação para a “Primeira semana integral de Saúde” na UBS (GIOVANNI, 2013).

Em suma a linha de cuidado da atenção à saúde do recém-nascido se edifica nas estratégias já citadas e está direcionada a atenção a saúde da gestante e do recém-nascido até seus 28 dias de vida. A figura 1 apresenta de modo resumido o fluxo desta linha de cuidado que se inicia com a captação da gestante e termina com o acompanhamento de RN e puérpera pela Atenção Básica.

**Figura 1: Fluxograma da linha de cuidado Atenção à Saúde do RN**



## **6-A TERAPIA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO A SAÚDE DA GESTANTE E AO RECÉM-NASCIDO**

De acordo com o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO) a Terapia Ocupacional é:

uma área do conhecimento, voltada aos estudos, à prevenção e ao tratamento de indivíduos portadores de alterações cognitivas, afetivas, perceptivas e psico-motoras, decorrentes ou não de distúrbios genéticos, traumáticos e/ou de doenças adquiridas, através da sistematização e utilização da atividade humana como base de desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos, na atenção básica, média complexidade e alta complexidade.

No que tange à atenção a criança, o olhar da Terapia Ocupacional sobre a mesma deve considerar as bases teóricas que abordam o processo do desenvolvimento e a relação da criança com o mundo externo, buscando intermediar e facilitar esse encontro e, quando necessário, adaptar o ambiente para que este possa ocorrer. Este “olhar” contempla a criança como ser único e íntegro. A assistência em Terapia Ocupacional procurará ressaltar as capacidades da criança, e não suas dificuldades (MOTA; TAKATORI, 2001).

O terapeuta ocupacional deve considerar as ocupações próprias da fase da infância, entendendo que as ocupações são definidas como padrões coerentes de ação que surgem por meio das transações entre a criança e o ambiente e as coisas que a criança quer fazer ou se espera que faça (HUMPHRY, 2002; SPITZER, 2003).

Quando as crianças estão em risco de não se engajar nas ocupações valorizadas e esperadas ou não realizá-las para a sua própria satisfação ou para a satisfação de outros, os terapeutas ocupacionais trabalham com as famílias, professores, e outros membros da equipe para melhorar o desempenho das crianças nas ocupações convencionais (HUMPHRY, 2011; p. 23).

No que tange ao trabalho do terapeuta ocupacional junto ao Recém Nascido, deve-se considerar que:

Os mesmos são seres inteligentes, sensíveis, em intensa interação e têm o direito de receber carinho, respeito e admiração. Os seres humanos, mesmo antes de nascer, são capazes de expressão, consciência e aprendizagem. Eles influenciam o mundo ao seu redor e são influenciados por ele. O nascimento é um momento mágico. O bebê que veio ao mundo, em condições normais, está em um estado muito especial, de alerta, que permite estabelecer contato íntimo de boas-vindas. (CARVALHO; SCATOLINI, 2013, p. 58)

Desta forma, o terapeuta ocupacional deve estar atento aos sinais que alertem para possíveis prejuízos ao desenvolvimento infantil, como fatores de risco biológicos (baixo peso ao nascer, prematuridade, síndrome genética, entre outros) e ambientais (pobreza, baixo nível educacional dos pais, violência familiar, entre outros), a fim de intervir com o bebê desde seu nascimento.

Nestas perspectivas, o terapeuta ocupacional utiliza seus conhecimentos teóricos e técnicos para a promoção da saúde do recém-nascido com vistas a garantir seu desenvolvimento posterior e engajamento nas ocupações de forma adequada. Neste sentido, compreende-se que é necessário abarcar o binômio mãe-bebê e por isso inicia suas ações já com as gestantes.

De acordo com Carvalho e Scatolini (2013, p. 53) o terapeuta ocupacional na sua prática com as gestantes deve focar na orientação preventiva, abordando os elementos fundamentais da gestação, amamentação, afetividade e, do ponto de vista do bebê, a importância do toque. As autoras defendem que mulheres saudáveis e felizes geram bebês mais saudáveis. Para isso, o profissional deve proporcionando bem-viver físico e mental as gestantes.

No período gestacional o terapeuta poderá abordar, reforçar e trabalhar junto com a gestante os aspectos como a postura correta, melhor alimentação, maior conhecimento de seu corpo e do desenvolvimento da criança que será gerada. Os autores Dale e Roeber (1992 apud CARVALHO; SCATOLINI, 2013, p. 54) ressaltam que “a gravidez envolve extensas modificações em todo o corpo, inclusive nos músculos, nas articulações e nos ossos. À medida que o útero aumenta de tamanho, o centro da gravidade da mulher tende a alterar-se, forçando-a a adaptar-se”. Muitas adotam posturas incorretas, impondo à coluna vertebral e às articulações um esforço desnecessário.

Nesta perspectiva Carvalho e Scatolini (2013) consideram que a usuária deve ser orientada para o futuro, seus pensamentos e percepções são considerados importantes, pois afetam o comportamento. A espiritualidade, como construção de sentidos para vida, também é levada em consideração. Assim, o terapeuta verá a gestante focando sua vida integral, não bastando apenas treinar o desempenho nas atividades cotidianas. É importante conhecer e entender sua vida, seus desejos, seus medos, suas habilidades e também suas necessidades.

As autoras destacam que são essenciais na intervenção com as gestantes ações referentes “a espiritualidade, motivação, relação terapêutica, processos de ensino e aprendizagem e ética” (CARVALHO; SCATOLINI, 2013, p. 55).

A importância à espiritualidade se dá ao entender que na gestação é necessário compreender o significado da vida, dando sentido a si próprio. Ao terapeuta ocupacional cabe oferecer a oportunidade a essas gestantes de investigar temas existenciais que envolvam alegria, sofrimento, culpa, perdão, solidão, liberdade e ansiedade.

A motivação deve ser alcançada mediante a participação em atividades diárias intencionais, significativas e relevantes. Já a relação terapêutica, base de todo processo terapêutico, deve se estabelecer através da confiança e empatia. Quanto aos processos de ensino-aprendizagem, faz-se necessário que a gestante e seu companheiro estejam dispostos e cientes das mudanças que o desenvolvimento do processo vai gerar. A ética, durante o processo terapêutico, deve-se basear aos valores humanistas.

Neste processo terapêutico é importante a presença e participação do companheiro para a evolução da gestação. Pois, as mulheres necessitam amar e ser amadas; o companheiro aprenderá sobre os cuidados gerais necessários, e além do mais, a sua participação passará segurança para a gestante (CARVALHO; SCATOLINI, 2013).

Em relação ao toque, Carvalho e Scatolini (2013, p. 58) destacam a importância do contato da mãe com o filho desde os primeiros dias de vida e defendem o uso de massagens como a Shantala para o processo e a construção do vínculo entre mãe-bebê e para a saúde do bebê:

O encontro por meio do olhar, do toque carinhoso e das palavras amorosas traduz a melhor qualidade de acolhida ao bebê em seu novo mundo, ficando registrado na memória como um poderoso alicerce de saúde. Portanto, receber o recém-nascido com atenção, respeito e muito amor é indispensável para contribuir para a formação de gerações menos violentas e mais capazes de cuidar afetivamente de si, dos outros e do mundo.

Contudo, o terapeuta ocupacional deve, juntamente a outros profissionais, trabalhar para garantir a reprodução da população em condições favoráveis e o desenvolvimento adequado das gerações futuras, possibilitando a formação de indivíduos saudáveis, úteis e socialmente adaptados (BRASIL, 2009).

## **6.1-Perspectivas de Atuação do Terapeuta Ocupacional na Linha de Cuidado Atenção à Saúde do Recém-Nascido**

O terapeuta ocupacional pode atuar na linha de cuidado da atenção a saúde do recém-nascido em diferentes pontos de atenção incluídos nos diferentes níveis de complexidade da atenção a saúde. As possibilidades de atuação serão discutidas conforme os níveis de atenção.

### **Atuação da Terapia Ocupacional na Atenção Básica à Saúde**

A Atenção Básica ou Primária à Saúde (APS) pode ser definida e explicada, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), da seguinte forma:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (...). Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. (BRASIL, 2012, p. 19)

Assim, considerando a APS como a porta de entrada e centro de comunicação, entende-se também que a mesma é responsável pela articulação das redes para assistência ao pré-natal qualificado. Deste modo, a gestante estabelece o primeiro contato com a APS, na qual as práticas de saúde devem estar centradas nas necessidades da mesma e em seu cuidado integral, através de uma equipe interdisciplinar, que realize o acolhimento na recepção da gestante, ouvindo-a e atendendo bem, compreendendo suas necessidades e assegurando uma atenção resolutiva.

De modo geral, a atuação do terapeuta ocupacional na APS se dá através dos Núcleos de apoio a Saúde de Família (NASF), de acordo com as áreas estratégicas definidas pelo Ministério da Saúde, e que contemplam a saúde da gestante e do recém-nascido (BRASIL, 2014b). Neste contexto, o terapeuta ocupacional integrante da equipe assistencial, deve cumprir os mesmos preceitos aplicados aos demais profissionais da saúde. Dentre suas intervenções na APS se destacam as visitas domiciliares e os atendimentos em grupo.

Nas visitas domiciliares são realizadas orientações iniciais sobre o cuidado durante a gestação, e posteriormente na semana integral, os cuidados necessários para o recém-nascido e para a puérpera. As ações no domicílio envolvem: a escuta qualificada; o uso de atividades significativas para apreensão de conceitos e/ou comportamentos necessários para os cuidados com o bebê, organização do espaço para o RN; orientações sobre o aleitamento materno e para o estímulo ao desenvolvimento infantil.

O terapeuta oferece suporte para a mãe, por meio de do acolhimento atencioso quanto às dúvidas e dificuldades trazidas por ela. As perspectivas quanto ao desenvolvimento do Recém-Nascido serão melhores quanto melhores são: o vínculo mãe- bebê; a informação e segurança dos pais quanto aos cuidados do seu filho; as orientações quanto aos manuseios, à valorização dos aspectos culturais, aliada às condições socioeconômicas da família (MONTEIRO, 2007, p. 517).

No que diz respeito à amamentação, o terapeuta trabalha no sentido de acompanhar e estimular o desenvolvimento infantil, focando no poder do aleitamento materno. Para Bell et al. (1995, p. 309) “a amamentação contribui para o bem-estar da criança e possibilita à mãe a oportunidade de sentir-se integrante do time”. Este é “um cuidado que somente a mãe pode fazer para o filho e isso lhe proporciona satisfação e senso de competência” (SCOCHI et al., 2003, p. 542).

Em relação ao binômio mãe-RN, Carvalho e Scatolini (2013) destacam o uso da massagem, principalmente a Shantala. Segundo as autoras esta massagem surgiu para os bebês quando Frédérick Leboyer, médico francês, em sua busca pela qualidade de vida para mães e bebês, viajou para Índia e entrou em contato com os costumes locais. Lá conheceu Shantala, mulher que sentada no chão de Calcutá massageava o seu bebê. Ele concluiu que não se tratava apenas de uma técnica, mas de uma arte que se desenvolve entre mães, pais, e filhos:

Essa técnica envolve movimentos que se iniciam no tórax e percorrem braços, mãos, abdome, pernas, pés, dorso e face. O bebê deve estar despido, de frente e sobre as coxas da mãe, para que as mãos dela viajem pelo corpinho da criança, usando sempre um óleo vegetal, que pode ser de coco, amêndoa ou camomila. Essa massagem energética indiana atua acalmando e ativando a energia do bebê. A Shantala promove benefício ao vínculo que se forma entre mães e pais com seus filhos. O toque nutre a pele e fortalece a musculatura; assim, os desconfortos naturais e a imaturidade fisiológica de pequeno vão sendo superadas de maneira plena (CARVALHO; SCATOLLINI, 2013, p. 57-8).



Outro procedimento relevante na atuação do terapeuta ocupacional na APS é o grupo de gestante. Estes podem ser desenvolvidos de modo disciplinar ou interdisciplinar. De acordo com PITHON (2013) é importante o acolhimento as usuárias e oferecer espaço de escuta; Realizar oficinas para estimular a interação das participantes, proporcionar um sentimento de pertencimento e empoderamento das participantes. Nos grupos também são discutidos planejamento familiar, alimentação saudável, aleitamento materno e cuidados gerais.

Carvalho e Scatolini (2013, p. 55) relatam que o atendimento da terapia ocupacional proporciona para a gestante e seu parceiro o conhecimento acerca da gravidez e os mesmos entram em contato com o contexto do parto, nascimento, pós-parto, amamentação, cuidados e vínculo com o bebê. As autoras propõem a existência de fases inerentes ao processo do grupo:

- Informativa- é a fase em que são abordados etapas da gestação (desenvolvimento do bebê, sinais e sintomas da gestação, contra indicações e alimentação), parto (sinais, tipos, fases do trabalho do parto e rotinas hospitalares), pós-parto (involução do útero, relações sexuais e contracepção), cuidados com o bebê (banho, higiene geral, trocas de fraldas, banho de sol, cuidados com umbigo, comunicação com o bebê e o toque) e aleitamento materno (preparação da mama, postura do bebê, pega, relactação e desmame). São realizadas dinâmicas, palestras e trocas de experiência entre as participantes. Neste cenário também entram as orientações importantes sobre tocar o bebê através de massagens.
- Reflexiva- os assuntos abordados são sorteados e de interesse do grupo. As gestantes relatam suas experiências e dúvidas. Nesse momento, o terapeuta ocupacional é o mediador;
- Corporal- são realizados exercícios de consciência corporal, atividades motoras de alongamento, assim como atividades de interação com o bebê, vivências para diminuir episódios de ansiedade, promover o equilíbrio emocional e propiciar a conscientização de mãe e de mulher, podendo haver a participação ou não do parceiro.

No que diz respeito ao incentivo ao aleitamento materno, Carvalho e Scatolini (2013, p. 56) utilizam os oito argumentos mediante as gestantes:

- 1- Devido à crise do país, com desemprego e pobreza, o leite materno é o mais acessível a toda população.

- 2- O leite materno é considerado o melhor alimento para o bebê, pois é rico em vitaminas, proteínas e os demais nutrientes, em quantidade adequada para suprir as necessidades do organismo do bebê e saciar a sua fome
- 3- O leite materno tem grandes quantidades de anticorpos; cada ato de amamentar equivale a uma vacinação contra uma série de doenças, infecções, e alergias.
- 4- A amamentação fortalece o vínculo afetivo entre a mãe e o filho.
- 5- O bebê adquire segurança e equilíbrio emocional.
- 6- É um alerta contra a vaidade, pois mães deixam de amamentar seus filhos, pois acham que vão se prejudicar. O ato de amamentar não deixa as mamas flácidas ou caídas.
- 7- A sucção do bebê durante as mamadas contrai o útero, fazendo-o voltar ao normal mais rapidamente; além disso, a possibilidade de a mãe voltar a engravidar é reduzida. Facilmente as mulheres voltam a sua forma física anterior.
- 8- Para passear e viajar com o bebê em aleitamento materno é mais fácil do que com a criança que é alimentada com mamadeiras, pois estas requerem cuidados de higiene, limpeza e armazenamento. As mamas dependem apenas da higiene da mãe e de muita hidratação.

### **Atuação da Terapia Ocupacional na Atenção de Média e Alta Complexidade**

De acordo com Mendes (2011, p. 100) a Atenção de média e alta complexidade, se caracteriza por:

determinados serviços especializados, gerados através de uma função de produção singular. Eles se diferenciam por suas respectivas densidades tecnológicas, sendo os pontos de atenção terciária mais densos tecnologicamente que os pontos de atenção secundária e, por essa razão, tendem a ser mais concentrados espacialmente. Contudo, na perspectiva das redes poliárquicas, não há, entre eles, relações de principalidade ou subordinação, já que todos são igualmente importantes para se atingirem os objetivos comuns das Redes de Atenção à Saúde.

Neste contexto, o terapeuta ocupacional vai utilizar métodos e técnicas de intervenção mais específicas da profissão para o acompanhamento do RN e da puérpera. Entretanto, o conhecimento transdisciplinar e a atuação em equipe são de suma importância para o benefício da população assistida.

Os princípios da humanização dos serviços de saúde, defendidos pela Organização Mundial de Saúde e incorporados pelo Ministério da saúde (MS), devem nortear todas as práticas no âmbito da média e alta complexidade.

A humanização torna-se imprescindível, pois busca melhoria na qualidade dos serviços de saúde, principalmente ao parto humanizado e seguro como também na casa da gestante, bebê e puérpera. Logo a humanização da assistência busca cuidado especial ao recém-nascido e sua família, na integralidade e no respeito à vida.

De acordo com Santos et al. (2001), a Casa da gestante, bebê e puérpera é uma iniciativa que objetiva assegurar o direito do RN de ter um acompanhante. O entendimento de que o direito a saúde deva ser garantido de forma plena sustenta a decisão institucional de assegurar condições para a presença da mãe junto do filho:

Essa iniciativa tem contribuído para a integralidade na atenção neonatal, pois o cuidado oferecido não se restringe apenas ao recém-nascido, sendo também ampliado para as mães. A hospitalização de um filho resulta em sofrimento para a mãe com repercussão familiar. As genitoras deixam de cuidar de si por dedicação a sua prole. (SANTOS et al., 2001, p. 325-34)

A casa da gestante, bebê e puérpera é uma unidade de cuidados incluída na Portaria Nº 1.020, de 29 de maio de 2013, destinada ao acolhimento de mães acompanhantes de neonatos que, embora necessitem de atenção em serviços de saúde, não exigem vigilância tão constante em um ambiente hospitalar.

O terapeuta ocupacional pode contribuir de diferentes formas durante a estadia da gestante, do bebê e puérpera. No acolhimento a gestante e puérpera, o terapeuta deve oferecer espaço de escuta; realizar oficinas para estimular a interação das participantes, a formação de grupo e o sentimento de pertencimento, empoderar as participantes, favorecer o contato com materiais e experimentar novos fazeres, fornecer novas formas de expressão e reflexão (PITHON, 2013).

Quanto ao Bebê, o terapeuta avalia e acompanha o desenvolvimento neuropsicomotor, e orienta a mãe quanto às atividades de estimulação precoce para o adequado desenvolvimento do seu bebê (PITHON, 2013). A Inserção desse profissional só irar proporcionar as mães, bebês e puérperas qualidade de vida e bem-estar para uma estadia satisfatória, durante o tempo de permanência na casa.

Outra perspectiva de atuação do terapeuta ocupacional ao binômio mãe-RN na atenção de media e alta complexidade é a atuação com o bebê em risco de

desenvolvimento no âmbito do alojamento conjunto e da Unidade de Terapia Intensiva (UTIN).

No final do ano de 1999, foram oficializadas as normas de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso-Método Canguru, e no ano seguinte a Portaria nº 693 de 5 de julho de 2000 do MS estabeleceu as normas de orientação para implantação do Projeto Mãe Canguru (BRASIL, 2000). O terapeuta ocupacional passou a compor a equipe interdisciplinar neste projeto através da Portaria Nº 1.683, de 12 de julho de 2007 (BRASIL, 2007).

O método é um tipo de assistência neonatal voltada para o atendimento do recém-nascido prematuro que implica em colocar o bebê em contato pele a pele precoce com sua mãe (OMS, 2004; BRASIL, 2007). O método é desenvolvido em três etapas: a primeira se inicia no pré-natal da gestação de alto-risco seguido da internação do RN na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), onde recebe os procedimentos especializados. Na segunda etapa o bebê permanece de maneira contínua com sua mãe e a posição canguru será realizada pelo maior tempo possível até o prematuro atingir o peso de 2.500g; e a terceira etapa se caracteriza pelo acompanhamento no ambulatório, pelo seguimento follow-up, dando continuidade no domicílio.

O terapeuta ocupacional contribui com suas ações em todas as fases do método juntamente com uma equipe interdisciplinar, com um atendimento mais ampliado e humanizado com dialogo numa perspectiva de fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e grupalidade (BRASIL, 2008).

Esta interdisciplinaridade é essencial para a construção de saberes e as visões pautadas à subjetividade humana, pois “... o saber, enquanto expressão da prática simbolizadora dos homens, só será autenticamente humano e autenticamente saber quando se der interdisciplinariamente” (JANTSCH; BIANCHETTI, 1995, p. 172).

Na primeira etapa do método o terapeuta desenvolverá suas ações na UTIN. O ambiente da UTIN é considerado impactante e emocionalmente estressante, provocando tanto no profissional como nos pais que estão acompanhando o recém-nascido, desesperança e angustia ao verem, principalmente no primeiro encontro pós-internação, o filho envolto por tubos que “invadem” praticamente todo o seu

pequeno e desprotegido corpo (BRAZELTON, 1992, apud MONTEIRO, 2007, p. 513).

A perda do bebê imaginário, aquele que é criado, sonhado, pensado e percebido pelos pais por meio da vivência da gestação, e que permanece na vida interna dos pais sem tornar-se consciente, desencadeia inevitavelmente reações psíquicas do tipo de culpa, medo, raiva e negação que influenciam no processo de formação do vínculo e do apego pais-bebê (KLAUS; KENNEL, 2000). Sendo assim, o terapeuta deve realizar o acompanhamento nos primeiros dias de vida da mãe e indispensavelmente no primeiro contato com o seu bebê, para que ela possa descobrir que é competente para cuidar do RN e que ele deseja e precisa do carinho e de suas carícias maternas.

Rolim e Cardoso (2006, p. 86) afirmam que o terapeuta ocupacional deve estar atento as necessidades mínimas do bebê, considerando:

Sob uma ótica de atenção à perspectiva de humanização e cuidado adequado ao bebê, busca-se atender as necessidades mínimas de ambiente físico e recursos humanos para a assistência. Por conseguinte, a equipe de saúde deve ser capacitada a reconhecer os desvios da normalidade presentes, porém, respeitando o vínculo mãe-bebê em todos os momentos.

De acordo com Meyerhoff (1996) as intervenções na UTIN são dirigidas ao ambiente físico, ao RN e aos familiares. Para compreender a necessidade do RN e planejar a intervenção deve ser realizado o exame Neurológico Neonatal do Recém-Nascido Pré-termo e a Termo (DUBOWITZ; DUBOWITZ, 1981). Segundo Harris e Brady este exame é geralmente usado para detectar sinais neurológicos anormais no primeiro mês de vida, vem sendo bastante utilizado por terapeutas ocupacionais, na avaliação de bebê de alto risco (HARRIS; BRADY, 1986).

O momento que o RN está na UTIN é um momento oportuno para uma estimulação direta com o RN e a sua família, porém neste ambiente o RN de baixo peso e/ou pré-termo (nascido antes da 37ª semana gestacional) precisa de intervenção inibitória, pois só terá condições de manter a homeostase e a reciprocidade ativa com o meio ambiente por volta da 36ª semana de idade gestacional. Neste período o RN estará no alojamento conjunto ou de alta hospitalar. Ação terapêutica estará focada ou incidida sobre o ambiente físico e humano (MONTEIRO, 2007).

O terapeuta ocupacional, para minimizar os excessos ambientais, irá organizar o espaço, principalmente se o RN apresentar a idade gestacional inferior a 34 semanas, pelo fato do RN não ter adquirido a habilidade de habituação. O bebê apresenta a exaustão, pois ainda não consegue impedir os estímulos recebidos pelo ambiente. Quando o RN adquirir a habituação será capaz de “ignorar” estímulos desnecessários. Isto ocorre por volta da 13<sup>o</sup>-14<sup>o</sup> semana gestacional para estímulos táteis, da 22<sup>o</sup>-23<sup>o</sup> semana para estímulos auditivos e por volta da 37<sup>o</sup> semana para estímulos visuais (BRASIL, 2002).

Para melhor interação do RN com o ambiente, o mais indicado é inicialmente oferecer estímulo unimodal, pois a intervenção deve promover o input sensorial, mas protegendo o RN do excesso de estimulação, graduando os estímulos de acordo com desenvolvimento adaptativo (MEYERHOFF, 1996).

Para que a interação com o ambiente seja efetiva é preciso que os estímulos sejam adequados ao estado de consciência do RN, o terapeuta necessitará colaborar no reconhecimento da consciência, alertando os pais sobre o estado do seu filho, como deverá acontecer o dialogo, os cuidados prestados diariamente, a sua execução adequada para que não ocorram desgastes para o bebê e frustrações para os pais (MONTEIRO, 2007 p. 515).

De acordo com Monteiro (2007, p. 516) para minimizar as “agressões ambientais” e manter a integralidade cerebral do recém-nascido o terapeuta ocupacional e a equipe podem usar as seguintes estratégias:

1. Rever o *design* da UTIN;
2. Utilizar abafadores para lixeira, portinholas, pias, portas e etc;
3. Reduzir sons de alarmes, bipes, campainhas de telefone, falar baixo;
4. Realizar os procedimentos de rotina, sempre que possível, considerando o estado comportamental do RN;
5. Favorecer a organização do RN via posicionamento adequado; contenção e medidas de auto-regulação, principalmente diante da dor;
6. Durante os procedimentos dolorosos, trabalhar para que o RN possa estar bem acomodado e minimizar o estresse;
7. Usar a iluminação individualizada com reguladores de intensidade luminosa;
8. Evitar mudanças abruptas de postura;

Outras perspectivas de intervenção são apresentadas no quadro 1:

**Quadro 1- Perspectivas de intervenção na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**

<b>Procedimento</b>	<b>Utilização</b>	<b>Benefício</b>
Redinha	<p>“O posicionamento em Hammock (redinha) teve início na Austrália e é utilizada nas unidades de terapia intensiva deste país, sendo pouco utilizado em unidades de terapia intensiva no Brasil. Este posicionamento simula a postura intrauterina, encorajando o desenvolvimento da flexão, promovendo simetria, o que certamente promoverá menos prejuízo ao comportamento motor” (CAVALARIA, 2009, p.09).</p>	<p>“A "redinha" simula o útero materno, proporcionando uma reorganização tônica e comportamental do bebê prematuro, à medida que favorece o tônus flexor próprio do recém-nascido, prejudicado pelas posturas convencionais utilizadas na UTI, e favorecem ainda a estimulação do sistema vestibular, das reações de equilíbrio e de proteção e a integração sensorial, fatores prejudicados pela prematuridade do bebê” (CAVALARIA, 2009, p.09).</p>
Banho Ofurô	<p>“Em alguns centros na Europa e na Austrália, o tummybath (banho de balde ou banho de ofurô) tem sido utilizado como parte da rotina na higiene e assistência ao recém-nascido (PERINI et al., 2014, p. 787).</p> <p>Esse tipo de banheira assemelha-se ao formato do útero, permitindo ao neonato permanecer com o corpo submergido dentro da água, em posição fletida, com os membros inferiores e superiores em linha mediana, flexionados, mantendo a cabeça fora da água, apoiada pelo cuidador” (TAMEZ, 2009).</p>	<p>“... imersão no balde de ofurô, os recém-nascidos apresentaram-se mais tranquilos, cessando o choro e adormecendo no decorrer do banho... Relaxamento... aliviando o desconforto causado pela cólica intestinal” (PERINI et al., 2014 p.789).</p>
Musicoterapia	<p>“O ser Humano é um todo, e a musicoterapia é a técnica que mais se dirige ao todo do indivíduo” (BENZON, 1988, p. 7).</p> <p>“a música foi introduzida na UTIN como uma terapia desenvolvida para melhorar o tratamento e facilitar o crescimento e desenvolvimento de lactentes prematuros” (ARNON, 2011, p. 183).</p>	<p>“Os benefícios mais evidentes são ganho de peso, redução dos comportamentos de estresse e do tempo de hospitalização, e níveis elevados de saturação de oxigênio por curtos períodos de tempo” (ARNON, 2011, p. 183).</p>

As atividades da vida diária também merecem atenção especial no contexto da UTIN (MONTEIRO, 2007, p. 517). Para o banho é importante que os demais profissionais da equipe, em especial as auxiliares de enfermagem, sejam treinados e a mãe orientada a retirar o bebê da incubadora pelo enrolamento e banho em decúbito ventral.

As trocas de fraldas e higiene devem ser realizadas com o RN em decúbito lateral com berço ou apoio levemente inclinado (medida antirrefluxo). Se a fralda for muito grande para o RN pré-termo é importante recortá-la para evitar abdução excessiva dos quadris. Para a pesagem o RN deve estar em decúbito ventral ou lateral, por facilitar auto-organização, inclusive possibilita que o RN leve a mão à boca. A sucção não nutritiva é um recurso muito eficaz também nos procedimentos dolorosos por competir com os estímulos nociceptivos das fibras dolorosas (BRASIL, 2002).

Quanto à intervenção da Terapia Ocupacional na segunda e terceira etapa do método, no alojamento conjunto é aconselhável a realização de atividades grupais com as mães, em especial com a característica de grupo operativo ou de autoajuda (MONTEIRO, 2007, p. 513).

Além disso, o terapeuta pode realizar avaliações e estimulações no RN e a partir disso orientar as mães no que elas devem fazer no tempo de permanência na maternidade e em sua casa, facilitando a interação mãe-bebê, contato olho a olho, contato pele a pele, destacando que as intervenções realizadas proporcionam sensações táteis, olfativas e auditivas que fazem o bebê de baixo peso ter a sensação de estar no útero materno (MONTEIRO, 2007, p. 516).

Para Sluckin (1990) as mães têm competência para cuidar de seus bebês prematuros se lhe forem proporcionadas condições favoráveis, o que possibilita o estabelecimento e fortalecimento do vínculo assim como ocorre com os bebês nascidos a termo e suas mães. É função do terapeuta ocupacional “orientar e encorajar os pais a desempenharem tarefas de cuidado que favoreçam o desenvolvimento do bebê, além de colaborar para a promoção do papel ocupacional de cuidadores primários ou nutridores” (AOTA, 2000, p. 645).

Considerando os princípios que norteiam o cuidado centrado na família dentro da perspectiva de uma assistência hospitalar humanizada, a atuação da Terapia Ocupacional na assistência à mulher e ao recém-nascido, visa possibilitar o desenvolvimento emocional e promover a saúde mental do bebê e de sua família,



durante o período de hospitalização, realizando um trabalho preventivo, no sentido de minimizar possíveis danos decorrentes da situação vivenciada. São utilizadas diversas “estratégias de apoio a fim de auxiliar os pais na aquisição de confiança e habilidades, que podem ter um efeito significativo no desenvolvimento dessas crianças” (HOLLOWAY, 1994, p. 538).

No contexto do alojamento, considerando que o RN já apresenta melhora clínica significativa, o terapeuta deve oferecer estímulos vestibulares/proprioceptivos que ajudam no funcionamento auditivo e visual, segundo princípios do Método da Integração Sensorial.

De acordo com Ayres e Robbins (2005):

A Integração Sensorial é o processo pela qual o cérebro organiza as informações, de modo a dar uma resposta adaptativa adequada, organizando assim, as sensações do próprio corpo e do ambiente de forma a ser possível o uso eficiente do mesmo no ambiente. O método visa a quantidade e a qualidade de estímulos proporcionados ao sujeito, para que busque um equilíbrio modulado, dando assim, uma resposta que esteja de acordo com suas capacidades e com o meio, melhorando o desempenho de uma criança, em seu processo de aprendizagem.

Para os bebês em risco de desenvolvimento é aconselhável dar continuidade ao acompanhamento no espaço do ambulatório após a alta hospitalar. Este seguimento, denominado Follow-up, objetiva a detecção e intervenção das alterações do desenvolvimento neuropsicomotor da criança, suporte à família e realização de pesquisas com grupos específicos de RN. O programa seleciona os RN de maior risco e são priorizados os seguintes grupos: RN com peso ao nascer inferior a 1000g; RN que teve asfixia perinatal; RN com alterações neurológicas (convulsões, alterações tônicas); RN com Infecções congênitas e malformações no tubo neural; RN com Síndromes genéticas ou com alterações na substância branca cerebral detectadas na ecografia cerebral (LEMOS et al., 2004).

No atendimento realizado pelo terapeuta ocupacional, o mesmo deve considerar dois fatores: a condição sócio psicoafetiva da família e a necessidade psicomotora e emocional do bebê, a fim de selecionar o quê, quanto, quando e como daria orientações. Além disso, no ambulatório também será realizado acompanhamento ao desenvolvimento e estimulação sensorial e motora para que o RN alcance, futuramente, os marcos do desenvolvimento adequadamente, e tenha um crescimento saudável (MONTEIRO, 2007).

Vale salientar que em qualquer espaço em o terapeuta ocupacional esteja atuando, ele deve incentivar o aleitamento materno. Sabe-se que o aleitamento diminui o risco de infecção hospitalar, ajudando as mães a aprenderem os cuidados com o seu bebê e, com isso, terem maior autoconfiança após a alta hospitalar. Devem ser orientados posicionamentos para amamentação, como a mãe deve entender o choro e o sono do bebê, e sobre estimulação sensorial.

O terapeuta deve compreender que um desenvolvimento saudável acontece na interação e no encontro dos processos maturacionais que o RN herda com facilitadores e preservadores de um ambiente externo. Isso significa que cada RN tem uma tendência para o crescimento e desenvolvimento, a mãe é considerada com o produto para a responsabilização do cuidado neste processo. Segundo Winnicott (1987) os bebês crescem e são as mães que propiciam um ambiente apropriado. A Compreensão da relação do RN com o seu ambiente é considerado a partir de três fases, segundo Winnicott (1987, p.13-87):

1º fase: O bebê vive a experiência de estar no mundo ainda sem a consciência desse espaço externo, o que a torna uma experiência subjetiva de que o self e aquilo que o circunda- os braços da mãe- são únicos. Há, desde o início, um sentido, embora ainda não claro, da existência do ambiente representado pela mãe; 2º fase: Nesse estágio o bebê mexe o cotovelo, um joelho, transpõe e descobre o meio ambiente, surpreenda-o; 3º fase: Por fim, a mãe ou aquele que provê de cuidados ao bebê carrega-o, mas também atende à campainha que acaba de tocar. Nesse instante o espaço é novamente transposto, mas dessa vez, o ambiente surpreende o bebê"

Em suma, o acompanhamento e incentivo ao desenvolvimento sadio e harmonioso é propositura do terapeuta ocupacional independente do nível de atenção a saúde no qual o mesmo desenvolve sua prática. Cabe ao terapeuta buscar as melhores estratégias para manter este propósito, seja na comunidade, seja na rede de atenção de média e alta complexidade. O que o profissional deve sempre considerar é que seu trabalho pressupõe a existência de uma família e de relações que devem ser fortalecidas para que o bebê se desenvolva adequadamente. Para corroborar com as relações, os terapeutas devem pensar nos fatores ambientais que interferem neste desenvolvimento e buscar agir, junto a equipe multidisciplinar, sobre eles de modo a otimizar a estimulação ambiental.

## 7-CONSIDERAÇÕES FINAIS

A linha de cuidado da atenção à saúde do recém-nascido tem como princípios assistenciais a integralidade, resolutividade, promoção e vigilância a saúde, dentre outros, permeando todos os níveis de atenção à saúde visando assegurar o desenvolvimento pleno e saudável do RN e sua família. Para tanto, necessita dos diversos profissionais para efetivar as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, dirigidas ao binômio mãe-RN.

Neste contexto, o estudo demonstrou que o terapeuta ocupacional pode contribuir para a implementação da linha de cuidado, pois tem formação para prestar assistência ao binômio mãe-bebê na rede de atenção do SUS, sendo imprescindível que este conheça a linha de cuidado da atenção a saúde do recém-nascido no que se refere aos seus princípios, diretrizes e fluxo dos serviços, independente do nível de atenção no qual o profissional esteja alocado.

As ações do terapeuta devem focar nas necessidades da gestante e do bebê, a partir da identificação dos riscos inerentes ao contexto em que vivem. Deve proporcionar para a gestante uma atenção singular que promova seu bem estar, e para o bebê uma assistência quanto ao seu desenvolvimento saudável, a partir de sua interação com o ambiente físico e emocional que o circunda, propondo experiência e possibilidades para que o bebê tenha futuramente existência pessoal e social.

O terapeuta ocupacional não deve perder de vista a importância do trabalho em equipe, quer seja na atenção básica ou na média e alta complexidade, pois responder as necessidades de gestantes, recém-nascidos e puérperas requer uma união de saberes a fim de dar conta da complexidade desses sujeitos e suas relações com a família e comunidade.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, João Agripino Guerra. A evolução dos bancos de leite no Brasil. Rio de Janeiro: Núcleo de Vídeo do Centro de Informação Científica e Tecnológica (CICT) da Fundação Oswaldo Cruz, 1992. 1 videocassete (57 min.), VHS.

\_\_\_\_\_. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 120 p.

AOTA - American Occupational Therapy Association. Specialized knowledge and skills for occupational therapy practice in the neonatal intense care unit. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 54, n. 6, p.641–648, 2000.

ARNON, S. Music Therapy Intervention in the Neonatal Intensive Care unit Environment. Rio de Janeiro: **Jornal de Pediatria**, v. 87, n. 3, p. 183-185, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v87n3/a01v87n03.pdf>>. Acesso em: 22/ 01/ 2015.

AYRES, A.; ROBBINS, J. Sensory Integration and the child. Los Angeles, CA: WPS, 2005.

BELL, E. H.; GEYER, J.; JONES, J. A structured intervention un proves breastfeeding success for ill or preterm infants MCM. **Am. J. Matern. Child Nurs**, v. 20, n. 6, p. 309-314, 1995.

BENENZON, Rolando. Teoria da musicoterapia: contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal/ Rolando Benezon [tradução de Ana Sheila M. de Uricoechea]. – São Paulo: Summus, p. 7, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Assistência à Saúde Perinatal: Bases Programáticas. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Agenda de Compromissos Integral da Saúde da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a.

\_\_\_\_\_. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

\_\_\_\_\_. Portaria GM nº 693 Norma de orientação para a implantação do Método Canguru. **Diário Oficial da União**, 2000; 05 jul. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-693.htm>. Acesso em: 27 de novembro de 2014.

\_\_\_\_\_. Portaria GM nº 1.683 Normas de orientação para a implantação do Método Canguru. **Diário Oficial da União** 2007; 12 jul. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683\\_12\\_07\\_2007.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.htm). Acesso em: 27 de novembro de 2014.

\_\_\_\_\_. Saúde da Criança- Materiais informativos, [s.d]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_materiais\\_infomativos.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_materiais_infomativos.pdf). Acesso no dia 28 de agosto de 2014.

\_\_\_\_\_. Saúde da Família. Paineis temáticos dos indicadores do SUS, n. 4. Brasília: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), 2008.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas e estratégicas. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília, 2004b.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, p. 19, 2012b.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método mãe-canguru: manual do curso**/Secretaria das Políticas de Saúde, Área da Saúde da Criança. - 1º Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 416 p.

\_\_\_\_\_. Síntese das políticas de saúde da criança e aleitamento materno. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odm\\_saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=5137](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odm_saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=5137) Acesso em: 13/10/2014a.

\_\_\_\_\_. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Pacto de gestão: garantindo saúde para todos** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Departamento de Apoio à Descentralização. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005.

**BRASIL. Constituição (1988).** Constituição [da] Republica Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia**

**para os profissionais de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Portaria M/S nº 1.020, de 29 de maio de 2013.

\_\_\_\_\_. Portaria M/S/ GM Nº 1.459, de 24 de junho de 2011b.

\_\_\_\_\_. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.

CARVALHO, Andréa Fabíola Costa Tinoco; SCATOLINI, Helena Maria Nica. Intervenção Terapêutica Ocupacional com Gestantes. In: CARVALHO, Andréa Fabíola Costa Tinoco; SCATOLINI, Helena Maria Nica. **Terapia Ocupacional na Complexidade do Sujeito**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2013. Cap. 6, p. 53-60.

CAVALARIA, S. V. F. **A TERAPIA OCUPACIONAL UTILIZANDO REDINHAS NO ATENDIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS NA UTI-NEONATAL**. São Paulo: Lins, 2009. 14 p. Disponível em: <<http://www.unisalesiano.edu.br/encontro2009/trabalho/aceitos/PO17034896836.pdf>>. Acesso em: 31 jan. 2015.

DUARTE, Cristina Maria Rabelais. Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da Mortalidade infantil no Brasil: revisão da literatura sobre a última década. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n.7, p. 1511-1528, jul, 2007.

DUBOWITZ, L. e DUBOWITZ, V. The neurological Assessment of the Preterm and Full-Term Newborn Infant. Clinics in Development Medicine no 79. London: Spastics International Medicinal Publications, 1981.

FRANKENBURG, W. K.; DODDS, J.; ARCHER, P.; SHAPIRO, M.; BRESNICK, B. The Denver II: a major revision and restandardization of the Denver Developmental Screening Test. *Pediatrics*, 1992.

FROTA, M. A.; MAIA, J. A.; PEREIRA, A. S.; NOBRE, C. S.; VIEIRA, L. J. E. S. *Reflexão sobre políticas públicas e estratégias na saúde integral da criança*. **Revista Enfermagem em Foco**, v. 1, n.3, p.129-132, 2010. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/42/42>>. Acesso em: 18 out. 2014.

GIOVANNI, Miriam di. **REDE CEGONHA: DA CONCEPÇÃO À IMPLANTAÇÃO**. Monografia (Especialização) - Curso de Gestão Pública, Enap – Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, p. 99, 2013. Disponível em: <[http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/handle/1/410/Miriam\\_-\\_V\\_Definitiva.pdf?sequence=1](http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/handle/1/410/Miriam_-_V_Definitiva.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 25 jan. 2015.

HARRIS, S.R.; BRADY, D. K. Infant Neuromotor Assessment Instruments: a review. **Physical & Occupational Therapy In Pediatrics**, vol. 6, p.121-153, 1986.

HOLLOWAY, E. Parent and occupational therapist in the neonatal intensive care unit. **Am. J. Occup. Ther.**, v. 48, n.6, p. 535-538, 1994.

HUMPHRY, R. (2002). Young children's occupational behaviors: Explicacating developmental processes. **American Journal of Occupational Therapy**, p. 171-179.

HUMPHRY, R. Ocupação e desenvolvimento: uma perspectiva contextual. In: CREPAU, E. B.; COHN, E; SCHELL, B. A. B. *Willard & Spackman Terapia Ocupacional*. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 22- 32. IDISA: CONASEMS, 2008. Parte II, p. 81- 85.

JANTSCH, A. P.; BIANCHETTI, L.(orgs.). Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito. Petrópolis, RJ: Vozes, p. 172, 1995.

KLAUS, M.H.; KENNEL, J.H.; KLAUS, P. H. Vínculo. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo : Atlas, 2003. 310 p.

LEMO, M. de L.; VEIGA, S. H.; MARINHO, R. C.; DIAS, R. de C.; MACRI, F. dos Reis. Assistência ao Recém-Nascido de Risco, editado por Paulo R. Margotto, 2ª Edição, 2004.

LIMA, T. C. S; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Rev. Katál. Florianópolis**, v. 10, n. esp. p. 37 – 45, 2007.

LUCHESE, Patrícia T. R. (coord.) et al. *Políticas Públicas em Saúde Pública*. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2004. 90 p.

MARTINS, M. F. M. Pesquisa bibliográfica: dicas para traçar uma estratégia eficiente. 1ª ed. Rio de Janeiro: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde - Fundação Oswaldo Cruz; 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 53-63, 2011.

MEYERHOFF, P. G. Qualidade de vida: Estudo de uma intervenção em Unidade de Terapia Neonatal de recém nascidos pré-termo. Tese de Doutorado – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1996. 208 p.

MONTEIRO, R. C. S. Neonatologia. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Cap. 56, p. 512 – 18, 2007.

MOTA, Margareth Pires da; TAKATORI, Marisa. A assistência em Terapia Ocupacional sob a perspectiva do desenvolvimento da criança. In: CARLO, Marysia M. R. Prado de; BARTALOTTI, Celina Camargo (Org.). **Terapia ocupacional no**

**Brasil:** fundamentos e perspectiva. 3. ed. São Paulo: Plexus Editora. Cap. 6, p. 117-135, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Método Madre Canguru: Guia Prática. Genebra: OMS; 2004.

PERINI, C.; MATOS, P.; SEIXAS, M. et al. Ofuro bath in newborns in the rooming-in center: an experience report. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 6, n. 2, p. 785-792, 2014. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2851/pdf\\_1285](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2851/pdf_1285)>. Acesso em: 22/ 1/ 2015.

PITHON, T. M.; Apoio Matricial e Gestão do Cuidado – Encontro Estadual NASF atuação do terapeuta ocupacional. Florianópolis, 2013.

PNUD- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Objetivos de desenvolvimento do Milênio. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/odm/> Acesso em 23 de outubro de 2014.

ROLIM, K. M. C.; CARDOSO, M. V. L. M. L. O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.14, n.1, p.85-92, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a12.pdf>>. Acesso em: 22/01/ 2015.

SANTOS, A. F.; CAMPOS, M. A.; DIAS, S. F. P.; CARDOSO T. V. M.; OLIVEIRA I. C. S. O cotidiano da mãe com seu filho hospitalizado: uma contribuição para a enfermagem pediátrica. Esc. Anna Nery **Rev. Enfermagem**, v. 5, n. 3, p. 325-34, 2001.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M de. Redes no SUS: marco legal e propostas de adequação. In: Silva. S. F. (Org.). **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas, SP: IDISA: CONASEMS, 2008. Parte I, p. 35- 50.

SCOCHI, C. G. S.; SCOCHI, C. G. S.; KOKUDAY, M. de L. do P.; RIUL, M. J. S.; ROSSANEZ, L. S. S.; FONSECA, L. M. M.; LEITE, A. M. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no hospital das clínicas de Ribeirão Preto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 539-543, 2003.

SILVA, Raylanne Nunes. Assistência de enfermagem à criança na atenção primária: um estudo sob a ótica das mães/acompanhantes, p.19, 2012

SILVA, S. F. da; JÚNIOR, H. M. M. Redes de atenção à saúde: conceito, modelo e diretrizes. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas, SP, p.83, 2008.

SLUCKIN, M.; HERBERT, M.; SLUCKIN, A. Vínculo materno. São Paulo: Edições Paulinas, 1990.



SPITZER, S. L. With and without words: Exploring occupation in relation to young children with autism. **Journal of Occupational Science**, p. 67-79, 2003.

TAMEZ, R. N. Cuidados Gerais. In: TAMEZ, R.N. Intervenções no cuidado neuropsicomotor do prematuro. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2009.

VILLAR, M. A. M.; WUILLAUME, S. M.; CARDOSO, M. H. C. A. Perspectivas de médicos do Programa Saúde da Família acerca das linhas de cuidado propostas pela Agenda de Compromissos Integral da Saúde da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. **Caderno de Saúde Pública**, v.25, n.2, p. 349-58, 2009.

WINNICOTT, D. W. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 13-87, 1987.